

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 68

DES INDICATIONS RESPECTIVES

des Goutérisations au Caustique de Filhos

et de l'Amputation du Col dans les Métrites cervicales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Jean LE RESTE

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Saint-Servais (Finistère), le 29 Novembre 1907

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur.....	<i>Juges</i>
		DUBECQ, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6, Place Fernand-Lafargue

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 68

DES INDICATIONS RESPECTIVES

des Cautérisations au Caustique de Filhos

et de l'Amputation du Col dans les Métrites cervicales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Jean LE RESTE

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Saint-Servais (Finistère), le 29 Novembre 1907

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur.....	<i>Juges</i>
		DUBECQ, agrège.....	
		LOUBAT, agrège.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6, Place Fernand-Lafargue

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen



PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIE.

MM MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A qui je dois tout,

A MON FRERE

A MA MARRAINE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE BOURGO

*Médecin Principal de la Marine,
Chargé de cours à l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CANTON

*Médecin Principal de la Marine,
Chargé de cours à l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales,
Chevalier de la Légion d'honneur.
Croix de Guerre,*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction Publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de Guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction Publique.*

Nous nous souviendrons toujours de ses
belles leçons. Il nous a inspiré ce sujet et
nous a fait le très grand honneur d'accep-
ter la présidence de notre thèse. Qu'il
trouve ici l'expression de notre gratitude.

Que tous ceux qui m'ont facilité ce travail, soient remerciés,
et particulièrement :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT,

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAPIN,

MADemoiselle LE DOCTEUR DUBREUILH.

Des Indications respectives des Cautérisations au Caustique de Filhos et de l'Amputation du Col dans les Métrites cervicales

INTRODUCTION

Les métrites du col de l'utérus sont très importantes du fait de leur fréquence, quelqu'un a dit que c'était « un mal social », et de leur ténacité.

De nombreux traitements ont été décrits et leur nombre démontre leur imperfection par suite de leur inefficacité ou de leur danger. Deux, cependant, bien que chacun ait vu, selon les moments et selon les écoles, sa faveur croître ou décroître, ont persisté et se sont imposés à l'attention des médecins et des gynécologues; il s'agit du traitement par les cautérisations au caustique de Filhos d'une part, et de l'amputation du col d'autre part.

Nous nous proposons d'étudier ces deux traitements et de tenter de déterminer si les indications de l'un de l'autre ne l'emportent pas dans certains cas. Pour cela, après un exposé des métrites cervicales, nous verrons en quoi consiste la méthode des cautérisations au Filhos et quels sont ses résultats, puis nous étudierons de même le traitement chirurgical et ses effets.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE DES METRITES CERVICALES

Etiologie et Pathogénie.

Les métrites cervicales sont des inflammations du col de l'utérus sous l'influence de différents germes pathogènes.

Du fait de sa situation le col est la partie la plus exposée de l'utérus; aussi il est souvent atteint et l'infection peut s'y cantonner; mais il peut aussi s'enflammer par suite de l'extension d'une métrite corporéale. Qu'il soit atteint primitivement ou secondairement, il a été démontré que ses lésions tendent à persister et à s'accroître, tandis que celles du corps peuvent guérir spontanément.

On peut reconnaître aux cervicites trois origines :

Une origine puerpérale : l'infection du corps gagne le col et cette extension est favorisée par les déchirures et les érosions qui se sont produites au moment de l'accouchement; le germe infectieux est ici le streptocoque.

Une origine gonococcique : le gonocoque envahit les cul de sac des glandes du col et là il peut pulluler, étant à l'abri des topiques dirigés contre lui. Les germes peuvent être portés di-

rectement sur le col, mais la cervicite peut aussi succéder à une vulvo-vaginite, à une bartholinite, à une urétrite.

Une origine suppurative banale : les germes banaux du vagin ont leur virulence exalté, leur développement étant favorisé par une disposition anormale : antéversion ou rétroversion utérine, prolapsus utérin... Le défaut de soins, l'usage de canules et d'éponges malpropres sont des causes favorisantes. Les agents infectieux appartiennent habituellement à différentes variétés de staphylocoques; plus rarement le colibacille est en cause.

Des cas de métrite, où on ne trouvait aucun germe, ont été signalés et pour les expliquer certains auteurs ont invoqué l'arthritisme.

Anatomie pathologique.

Quelque soit l'agent infectieux cause de l'inflammation, celle-ci finit par déterminer au niveau de la muqueuse un double processus d'hyperplasie glandulaire d'une part et de sclérose interstitielle d'autre part. En effet, les germes pathogènes ont envahi les glandes, autour de celles-ci se fait une prolifération intense de cellules embryonnaires qui s'organisent, d'où sclérose péri-glandulaire; les glandes réagissent, leur lumière augmente, le revêtement épithélial prolifère, elles deviennent anfractueuses, très ramifiées, affectant souvent la disposition en grappe. Les culs-de-sac glandulaires s'enfoncent de plus en plus profondément dans l'épaisseur de la paroi musculaire, ce qui les met hors de portée de la curette et des agents chimiques qui n'agissent qu'en surface.

Dans ces glandes, dont les cellules de revêtement sont en dégénérescence, il y a hypersécrétion intense, d'où écoulement abondant d'un liquide épais, visqueux, adhérent, le plus souvent trouble et purulent, quelquefois clair cependant.

Il arrive souvent que le processus sclérosant oblitère certains conduits glandulaires, d'où rétention des produits de sécrétion,

aplatissement de l'épithélium de revêtement et formation de kystes. Ces kystes, dont le volume varie de celui d'un grain de semoule à celui d'un gros noyau de cerise, peuvent venir faire hernie au niveau du pourtour de l'orifice externe du col et même au niveau de sa surface externe, ils constituent alors les « œufs de Naboth ».

Le chorion est le siège d'une réaction fibreuse intense, il y a hypervascularisation avec dilatations veineuses et lymphatiques et des lésions de péri et d'endoartérite.

Dans certaines métrites, évoluant depuis des années, le processus scléreux l'emporte et finit par étouffer l'hyperplasie glandulaire; c'est ce que l'on trouve dans les cas de « métrite sénile ».

Les cols métritiques peuvent présenter un certain nombre de lésions macroscopiques :

La muqueuse du canal cervical, enflammée, augmente de volume et, manquant de place, vient faire issue au niveau de l'orifice externe; c'est ce qui constitue l'« ectropion ». Il y a également ectropion au niveau des déchirures qui ont pu se produire à l'occasion d'un accouchement.

La muqueuse en se plissant forme des villosités dont certaines ont des dimensions telles qu'elles constituent de véritables polypes. Si le polype est en majeure partie constitué par des glandes dilatées, c'est un polype glandulaire; si les kystes y prédominent, c'est un polype kystique; enfin si le tissu conjonctif y est particulièrement important, le polype est alors très vasculaire au point de ressembler à un véritable angiome.

On peut voir sur le col des « érosions » et des « ulcérations ». Ce sont de petites plaques, à contours circulaires, avoisinants l'orifice externe et tranchants par leur couleur rouge vif et leur aspect dépoli sur le fond rose pâle de la muqueuse.

Au niveau d'une érosion l'épithélium pavimenteux normal est remplacé par un épithélium cylindrique. Au niveau d'une ulcération, au lieu d'un épithélium on trouve des cellules em-

bryonnaires. L'ulcération vraie serait plus fréquente que ne le prétendent les classiques (1).

Dans certains cas de métrite parenchymateuse, l'élément musculaire réagit, il y a hypertrophie et même hyperplasie de cet élément et on observe une lésion décrite par Huguier sous le nom d' « Allongement hypertrophique du col ».

*
* *

Certains auteurs ont critiqué cette méthode analytique qui se borne à énumérer les différentes lésions rencontrées dans les différents cas de métrite, objectant qu'elles ne se groupaient pas d'une façon quelconque, et M. Montel (2) a proposé, en se basant sur l'anatomie pathologique, de classer les métrites cervicales suivant trois types. Il distingue :

« 1° Une forme inflammatoire pure caractérisée par l'importance de l'infiltration des cellules inflammatoires, polynucléaires et lymphocytes, soit en surface sous la basale génératrice de la muqueuse, soit en profondeur, et accessoirement par une hyperplasie glandulaire légère.

« 2° S'opposant à cette forme, une lésion qu'on peut appeler « pseudo-métrite du type hyperplasique » où l'infiltration inflammatoire manque ou bien est réduite au minimum et dans laquelle, au contraire, l'hyperplasie glandulaire est la lésion prédominante; cette forme n'étant d'ailleurs qu'une modalité évolutive de la précédente.

« 3° Enfin, un dernier type « pseudo-métrite adénomateuse ou adéno-papillome diffus du col » véritable tumeur bénigne d'origine inflammatoire. »

K. V. Bailey (3) a étudié étape par étape l'évolution de l'érosion du col utérin et conclut qu'elle aboutit à la malignité.

(1 et 2) Montel. Thèse de Lyon, 1928.

(3) K. V. Bailey, Surgery, Gynecology and obstetrics, avril 1930.

Langstroth (4) avait déjà admis que la métrite chronique faisait le lit du cancer.

La classification proposée par M. Montel aurait évidemment un grand intérêt au point de vue du traitement, chaque type réclamant un traitement différent.

Symptomatologie

Au point de vue fonctionnel, les femmes accusent deux symptômes principaux : la sécrétion et la douleur.

La sécrétion est caractérisée par un écoulement parfois très abondant. Au début, il est glaireux, muqueux, puis peu à peu il devient blanchâtre à cause des débris épithéliaux et des leucocytes qui viennent se mêler à lui. Au spéculum, on voit sourdre de l'orifice utérin cet écoulement visqueux, filant et très adhérent. Puis l'écoulement devient muco-purulent et enfin franchement purulent, tachant le linge en jaune ou en jaune verdâtre.

Le muco-pus irrite la vulve et la peau de la partie interne des fesses et des cuisses, qui deviennent le siège d'un prurit très gênant; à la longue, on y voit apparaître de l'intertrigo plus ou moins douloureux.

L'écoulement est quelquefois sanguinolent; la marche, les frottements suffisent à rompre les capillaires de la muqueuse hypertrophiée et fongueuse, mais c'est un simple suintement qui ne ressemble qu'exceptionnellement aux pertes rouges des métrites corporéales.

La douleur, à des degrés variables, est constante. Elle siège dans la région lombo-sacrée; les malades disent qu'elles ont des « maux de reins ». Elle est augmentée par la marche, la station debout et par tout effort physique.

Les malades se plaignent également de sensations de pesanteur, de tiraillements dans le bas-ventre avec irradiation dans les cuisses.

(4) Langstroth. *Medical Record*, 1919.

L'obstruction du canal cervical, par la muqueuse en ectropion, est une des causes de la dysménorrhée douloureuse que l'on rencontre souvent chez ces femmes. En effet, l'écoulement menstruel est gêné; le sang, retenu au niveau du col, forme des caillots dont l'expulsion nécessite des contractions douloureuses de l'utérus (ténésme utérin et rectal).

La métrite cervicale retentit, à la longue, sur le système nerveux; il s'ensuit des phénomènes réflexes pénibles, tels que : dyspepsie, palpitations, essoufflement, toux sèche...

*
**

Les signes physiques sont fournis par le toucher, l'examen au spéculum et le cathétérisme.

Le toucher permet de constater que le col est gros, remplissant quelquefois le vagin, qu'il est sensible et que souvent l'orifice est entr'ouvert et rempli de fongosités. Le doigt cherche s'il y a des déchirures, des granulations, des modules fibreux cicatriciels. Enfin par le toucher combiné au palper abdominal, le médecin apprécie l'état des autres organes pelviens.

L'examen au spéculum permet à la vue de contrôler et de compléter les renseignements fournis par le toucher. Il permet d'apprécier la forme, le volume, la coloration du col; il peut faire voir des érosions, une ulcération... il rend compte de l'étendue de l'ectropion.

Le « col d'Emmet » est un gros col en forme de bouchon de champagne renversé, lacéré, kystique, souvent ulcéré, avec un orifice béant, des parois épaissies et résistantes et comme criblées de grains de plomb. Cet aspect serait un signe de métrite chronique d'origine streptococcique.

On lui oppose le « col en barillet » plus petit, conique ou renflé en barillet, avec un orifice étroit laissant échapper une goutte glaireuse. Ce dernier serait surtout symptomatique de la métrite gonococcique.

Quant aux cathétère, manœuvré prudemment, il peut four-

nir des renseignements utiles : sur l'état de la muqueuse qui peut être épaissie, villose, présentant des saillies kystiques; sur la direction cervico-utérine en cas de flexion du col sur le corps.

Diagnostic

Le diagnostic positif se fait d'après les signes fonctionnels et physiques précédemment exposés.

Le diagnostic différentiel se pose avec la métrite du corps et le cancer du col.

La métrite du corps est caractérisée par des métrorrhagies et un écoulement bien différent du mucus cervical. Le corps, en effet, ne possède pas de véritables glandes mucipares; par contre, la muqueuse qui le tapisse est très riche en vaisseaux sanguins; il existe, en effet, un double réseau sous-épithélial et sous-dermique richement anastomosé. Cette muqueuse, plus épaisse, mais moins résistante que celle du col, congestionnée ou enflammée, laissera s'écouler du sang et du sérum; elle est par sa nature prédisposée à l'hémorragie. De plus, il n'y a pas dans la métrite corporéale de douleur spontanée et continue, on ne la provoque que si l'on presse sur le fond de l'utérus.

Il faut d'ailleurs remarquer que les lésions du corps existent souvent en même temps que celles du col, mais il y a toujours prédominance des unes sur les autres et ce qu'il s'agit de traiter c'est l'organe le plus atteint, les lésions secondaires rétro-cédant ensuite facilement.

Le diagnostic différentiel avec le cancer au début est quelquefois très difficile; aussi, chaque fois qu'il y aura un doute, en présence d'une ulcération un peu suspecte, il ne faut pas hésiter à pratiquer une biopsie, l'examen histologique seul pouvant trancher la question.

Lorsque le diagnostic de métrite cervicale a été posé, il y a intérêt à déterminer à quelle variété on a affaire. S'il s'agit d'une cervicité banale, il faut tenir compte de la profondeur

et de l'étendue des lésions et voir s'il n'y a pas, en plus, de lésions annexielles évolutives.

Le diagnostic d'« adénome diffus » est très délicat, surtout s'il s'accompagne d'inflammation; on y pensera devant l'échec du traitement médical. Si l'adénome n'est pas compliqué, quelques signes peuvent attirer l'attention : d'après M. Montel, les pertes ne seraient pas purulentes, mais glaireuses, claires, rosées ou ambrées; le col serait gros, irrégulier, rouge foncé, avec des arborisations vasculaires, mais sa consistance resterait souple et élastique.

Pronostic

Evidemment, la vie des malades n'est pas directement menacée; cependant, le pronostic doit être réservé : la métrite cervicale évolue vers la chronicité; la cervicite chronique à la longue retentit sur les autres organes et l'état général finit par être altéré; de plus, la persistance des troubles agit sur le moral de certaines femmes qui deviennent neurasthéniques. Si on tient compte, d'autre part, que localement la cervicite chronique est une cause favorisante du cancer du col, nous voyons combien un traitement bien conduit est nécessaire.

Ajoutons qu'au point de vue social, la métrite cervicale est chez les femmes la cause la plus fréquente de la stérilité.

Traitement

La vigueur du traitement dépendra de la période où en est l'affection. M. Donay (3) donne des règles précises pour traiter la métrite à l'état aigu et subaigu.

Tout au début le col et la partie adjacente du vagin sont enflammés, l'infection est toute superficielle et curable par des

(3) Gynécologie et obstétrique, avril 1921. Métrite du col (Endocervicite), par E. Donay, chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Broca.

lavages et des pansements antiseptiques. Il faut alterner les produits pour éviter l'accoutumance du microbe au même antiseptique. On emploie couramment le permanganate de potasse, solution à 1 pour 4.000; l'acide picrique, solution à 8 pour 1.000. Les pansements, constitués par des mèches trempées dans ces solutions, doivent rester en place vingt-quatre heures et être renouvelés deux fois par semaine.

A une période plus avancée, l'infection est limitée à la muqueuse endocervicale; le pourtour de l'orifice externe est rouge et par cette orifice apparaît une goutte purulente. On utilise, alors, les injections chaudes, prolongées et répétées, destinées à activer la sécrétion glandulaire et, par suite, l'élimination des glaires muco-purulentes. Sont indiqués également les topiques à la glycérine, sous forme d'ovules ou sous forme de mèches imbibées de la solution, glycérine ichtyolée au 1/10^e par exemple; la glycérine avide d'eau produirait une véritable succion des glandes du col. L'« aspiration cervico-utérine », à l'aide d'une ventouse placée sur le col, rendrait aussi de grands services. Enfin, on fait, dans la cavité cervicale, des instillations, soit avec du nitrate d'argent ou du chlorure de zinc, solutions au 1/20^e, soit avec de la teinture d'iode. Au lieu d'instillations, on peut placer dans la cavité du col de petites mèches imprégnées de ces solutions ou se servir de crayons médicamenteux.

Plus tard, les lésions sont trop évoluées et tous ces moyens sont devenus insuffisants; la destruction de la muqueuse endocervicale et de ses glandes est devenue nécessaire. Les moyens proposés dans ce but sont innombrables, citons les principaux.

Parmi les procédés physiques, l'écouvillonnage (Dolérís), à l'aide d'un instrument à crins durs, s'est avéré nettement insuffisant; le hersage, au scarificateur à lames parallèles, a rendu des services dans certains cas, de même que les scarifications (A. Siredéy); le curettage, dont on a abusé, conserve quelques indications; les cautérisations au thermocautère ou au galvanocautère ont encore leurs partisans; applications des

courants à haute fréquence, l'effluviation, l'étincelage et surtout l'électrocoagulation sont actuellement en honneur; ces méthodes ont toutefois l'inconvénient de nécessiter un appareillage considérable; la diathermie, qui présente le même inconvénient, a été utilisée; puis le froid a été mis à contribution et il existe un procédé de cryothérapie qui n'a pas fait ses preuves.

On a fait appel aux procédés biologiques et on a préparé des vaccins qui sont administrés, soit sous forme d'ovules vaccinaux, soit sous forme d'injections intra-muqueuses (vaccination par la porte d'entrée, méthode de Basset et Poincloux), les résultats seraient intéressants.

Il nous reste la méthode des cautérisations ou caustiques de Filhos et le traitement chirurgical qui vont être l'objet des chapitres suivants.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES METRITES CERVICALES CHRONIQUES PAR LA METHODE DES CAUTERISATIONS AU CAUSTIQUE DE FILHOS

Historique

Autrefois, on faisait des cautérisations sur le col utérin avec de nombreux caustiques, mais tous avaient des inconvénients.

Le nitrate acide de mercure, et les caustiques liquides d'une façon générale, ne pouvaient être portés sur le point à cautériser qu'à l'aide d'un pinceau, ainsi l'on faisait toujours une escharre plus large qu'il n'eut fallu et on risquait de brûler un endroit sain. La potasse, déliquescence, coulait, d'où escharre trop étendue et ulcérations dans les parties déclives (fistules recto-vaginales). L'acide sulfurique, solidifiée par adjonction de safran, n'avait pas toujours l'efficacité voulue. On trouvait le thermo-cautère trop brutal, lui reprochant d'entraîner une congestion intense de l'organe et des accidents inflammatoires.

C'est pourquoi Amussat demande à son beau-frère Filhos de fabriquer un caustique solide qui aurait les propriétés de

la pâte de Vienne, mélange de potasse, de chaux et d'alcool; les caustiques basiques ayant la réputation de ne pas produire de sclérose. Filhos se met au travail, aidé par le pharmacien Gallot; ils réalisent un mélange solide, en fusionnant deux parties de potasse et une partie de chaux, et l'appellent « caustique de Vienne solidifié »; le caustique de Filhos était créé (1842).

Amussat l'utilise beaucoup et avec succès. En 1847, Filhos fait une communication (6) : « De la cautérisation du col de l'utérus avec le caustique solidifié de potasse et de chaux » et dans ses conclusions, nous relevons :

« Que le caustique solidifié de potasse et de chaux est le plus actif, le plus commode et le plus sûr de tous ceux qui, jusqu'ici, ont été employés dans le traitement des affections du col de la matrice... Enfin que ce caustique est celui qui doit être employé de préférence contre les altérations rebelles, profondes et chroniques, du col de l'utérus. »

Cependant, rares sont ceux qui se servent du nouveau caustique, à part François Siredey (1875-1880) et Richelot père, qui publie, en 1884, ses résultats dans « Le traitement des engorgements du col par le caustique de Filhos », et il tombe dans l'oubli.

En 1893, L.-G. Richelot remet le procédé en honneur et en 1900, il fait une communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, le préconisant. Puis, chaque année, jusqu'en 1906, il fait une nouvelle communication pour répondre aux critiques qui sont formulées. Il apporte d'heureuses modifications, dans la présentation du caustique, permettant une conservation meilleure et une activité plus grande; il en résulte le « Néofilhos ».

Le procédé commence à se répandre; en 1904, A. Siredey

(6) Extrait de la *Revue médicale*, cahier de janvier 1847.

publie des résultats favorables. Puis quelques traités classiques (7) en font mention.

En 1920 paraît la thèse de M. Guillemin, élève de Siredey, qui contient trois cents cas traités par le « Filhos », avec seulement quatre échecs. L'auteur indique une technique précise, donne les indications et les contre-indications du traitement. En 1923, il publie de nouveaux résultats et en 1924 il fait paraître une importante statistique sur les accouchements après la guérison de la métrite par le caustique (8) où il conclut :

« Après le traitement, pratiqué selon une bonne technique, la conception devient possible et l'accouchement se fait en général normalement (78 % des cas), dans quelques cas (15 %) le travail peut être long, dans 7 % des cas il peut y avoir dystocie. » En même temps, M. Dupont communique une étude anatomique de deux cols traités au Filhos et attire l'attention sur « l'absence dans les cols de tout tissu de cicatrice ».

En juin 1924, Couvelaire (9) donne les résultats du traitement des cervicites chroniques par les applications de caustique de Filhos, envisagés au double point de vue de la guérison de la métrite et des gestations ultérieures. Il convient que le procédé a des avantages, mais que son emploi peut entraîner de sérieuses difficultés au moment de l'accouchement et qu'il faut prendre de grandes précautions.

A la séance du 26 juin 1924 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lille, M. J. Vanverts décrit les avantages du Filhos et donne sa technique. A la séance du 29 octobre, M. Paucot apporte ses résultats; il considère lui aussi le Filhos comme un excellent traitement des métrites chroniques cervicales.

(7) *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* de J.-L. Faure et A. Siredey. Gynécologie, par Forgeue et Massabuan, t. XLIII, dans le *Nouveau Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet.
Gynécologie opératoire, du professeur Hartmann.

(8) *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, Mai 1924.

(9) *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, Juin 1924.

Dans les années qui suivent paraissent de nombreuses thèses et de nombreuses publications sur la question. Les auteurs reconnaissent, en général, l'excellence du procédé pour la guérison de l'affection, mais les accoucheurs font des réserves au point de vue des grossesses ultérieures, des cas de dystocies, par rigidité du col résultant de ce traitement, étant connus.

Aussi, certains gynécologues, pour éviter ces accidents, préconisent l'emploi du caustique suivant une nouvelle technique, et c'est ainsi que L. Ponliot (10) fait une communication sur « le traitement *ambulatoire* des métrites chroniques du col par le *Filhos inoffensif* ».

M. A. Chalier (11), de Lyon, se fait également le défenseur du traitement ambulatoire.

Employé dans ces conditions, le caustique de Filhos ne compterait que des succès.

Méthodes d'application

L'instrumentation nécessaire, de l'avis général, est la suivante :

Une table d'examen, un spéculum, une pince à col, deux pinces à pansement, l'une droite, l'autre coudée, des porte-coton filetés, en plus du matériel à pansement habituel. Le caustique, dont on se sert maintenant, est le crayon de « Néo-filhos »; c'est le même produit chimique que le « Filhos », mais présenté d'une façon différente. L'ancien crayon de plomb, dont la mine était constituée par le caustique, difficile à tailler et à conserver, a été remplacé par un petit cylindre, long de 2 cm., monté sur un socle en plomb dont la base aplatie en forme de palette peut être facilement saisie avec une pince; de plus, le cylindre caustique possède un axe métallique fileté qui augmente sa solidité; il est entouré par une

(10) *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*. Séance du 1^{er} juin 1931.

(11) *Gynécologie et Obstétrique* 1931. Sur le traitement ambulatoire des métrites cervicales chroniques par les cautérisations au Filhos.

envoloppe de gutta-percha. L'ensemble est renfermé dans une boîte cylindrique en aluminium.

Quand on veut se servir du caustique, on découvre le crayon sur 1/2 cm. et on l'effile, si besoin est, en le frottant avec une compresse humide.

Etudions maintenant la manière d'appliquer le « Filhos » d'abord selon la technique classique, puis selon celle qui tend actuellement à s'imposer; la première méthode est bien exposée dans la thèse de Guillemain (12). Voyons comment il opère :

La malade étant mise en position gynécologique, il lui fait une injection d'eau bouillie et place le spéculum. Il protège ensuite la paroi postérieure du vagin en plaçant un petit tampon de coton hydrophile dans le cul-de-sac postérieur et essuie le col. Il agit, alors, différemment, selon qu'il se trouve en présence d'un col béant ou d'un col à orifice étroit.

Dans le premier cas, le col étant fixé, il saisit, avec une pince, le crayon préalablement préparé et le porte sur les points malades au pourtour de l'orifice externe, puis il l'introduit dans l'orifice même, sans forcer, pénétrant parfois jusqu'à l'orifice interne, s'arrêtant parfois en route, la deuxième cautérisation devant achever la destruction de la muqueuse cervicale. De temps en temps, il s'interrompt pour enlever, à l'aide de petits tampons de coton mouillé, la bouillie grisâtre et sanguinolente formée par l'action du produit, puis il applique de nouveau le caustique. La durée de la cautérisation est variable. Richelot disait avec raison : « Je ne cautérise point la montre à la main, je cautérise en regardant et je m'arrête quand l'escharre est faite... il faut continuer jusqu'au moment où l'escharre noire est partout bien formée. »

Dans le second cas, cols à orifice étroit, Guillemain fait quelquefois la dilatation préalable avec une tige de laminaire; le plus souvent à l'aide de cautérisations multiples, il fait chaque fois pénétrer de plus en plus profondément un crayon de plus en plus gros; il met ainsi trois ou quatre séances pour arriver jusqu'au fond du canal cervical.

(12) Guillemain. Thèse de Paris 1919-1920.

Dans tous les cas, la cautérisation terminée, il essuie une dernière fois le col et place sur le museau de tanche un tampon de gaze iodoformée au salolée.

Guillemin attend en moyenne huit à dix jours entre deux cautérisations et en fait au maximum huit.

Entre deux cautérisations, la malade doit rester au repos, repos absolu les cinq premiers jours, repos relatif les jours suivants; elle doit prendre chaque jour deux injections légèrement antiseptiques.

Le test de la guérison est fournie par « l'épreuve de la pince »; Guillemin écrit :

« Une petite pince à pansement. introduite fermée, sera
« poussée doucement dans la cavité cervicale aussi loin que
« possible; puis écartant les branches, on exercera une cer-
« taine pression sur les parois de la cavité, qui seront ainsi
« exprimées; dans un troisième temps, on refermera la pince,
« ramenant ainsi la sécrétion. Si donc la cavité ne laisse trans-
« suder aucune sécrétion glaireuse, dont l'aspect caractéristi-
« que est de se laisser étirer à l'écartement de la pince, on
« est assuré que toute la muqueuse endocervicale est dé-
« truite. »

Les cautérisations étant terminées, la « période de réparation » commence. Guillemin fait venir les malades tous les dix jours, faisant chaque fois un badigeonnage à la teinture d'iode de la plaie et cathétérissant le canal cervical avec les bougies de Hegor n° 2 à n° 5. Ce cathétérisme, qui a pour but d'éviter l'atrésie, présente son utilité maxima entre le vingtième et le trentième jours.

*
**

Qué ce soit de la faute des praticiens ou que ce soit de la faute des malades, les cas d'hématométrie et ceux de dystocie grave ayant nécessité l'opération césarienne se multipliant; certains auteurs ont pensé qu'il fallait modifier la technique précédente. Tenant compte des différentes améliorations pro-

posées, L. Pouliot (13), en 1929, met au point une technique intéressante qui est la suivante :

L'instrumentation nécessaire est sensiblement la même. Dans les soins pré-opératoires, Pouliot s'élève contre l'injection d'eau bouillie, assurant que pour diminuer les risques de diffusion du caustique, il convient d'opérer en milieu sec. Il se contente d'essuyer les parois du vagin avec un tampon très lâche de coton hydrophile, d'exprimer les glaires contenues dans le canal cervical en pinçant à deux ou trois reprises le col entre les valves du spéculum, enfin il assèche le canal cervical en y introduisant un porte-coton garni, ou, si les glaires sont très abondantes et très visqueuses, en remplaçant ce nettoyage à sec par un nettoyage à l'alcool à 90 degrés.

Dans les cas de cols à orifice béant, il ne commence jamais par cautériser la muqueuse ectropionnée, faisant pénétrer directement le crayon dans le canal cervical parce que « l'effet thérapeutique de la première cautérisation sera précisément « de réduire, du moins en partie, cet ectropion; la muqueuse « boursoufflée, érodée, qui avait débordé du canal cervical, y « rentrera d'elle-même, attirée par le processus de réparation. » Il ajoute que, de plus, cette cautérisation de l'ectropion peut être dangereuse : en cas d'atrésie, en effet, le maximum de rétraction cicatricielle réside au niveau de l'orifice externe; or, sur ces gros cols ectropionnés, il est bien difficile de savoir où se trouvera, en fin de compte, l'orifice externe; il y a donc intérêt à ne pas attaquer inconsidérément cette zone dangereuse.

En cas de cols à orifice étroit, il ne fait jamais de dilatation préalable, celle-ci risquant de produire des éclatements, des fissures se prolongeant jusqu'à la couche musculaire, brèches qui pourraient être utilisées par le caustique dont l'action, beaucoup trop considérable, amènerait presque fatalement l'atrésie. Il préfère, ou changer de thérapeutique, ou se servir d'un porte-coton qu'il imbibe légèrement d'eau stérile et qu'il

(13) *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. 24, année 1929, p. 420 et suivantes.

frotte, avec un crayon de Néofilhos usagé, jusqu'à lui donner une couleur verdâtre uniforme. Ce porte-coton, ainsi chargé, est introduit dans le canal cervical et maintenu de la main gauche jusqu'à ce que les bords de l'orifice externe prennent une coloration noire caractéristique. Pendant tout ce temps, il surveille attentivement le suintement caustique, beaucoup plus à craindre qu'avec le crayon, se préparant à le neutraliser, à l'aide d'une pince, tenue de la main droite, et du tampon imbibé d'acide tartrique, préalablement déposé dans le cul-de-sac postérieur.

Au sujet de la durée de cautérisation, il reconnaît que celle-ci est variable suivant les cas et qu'il ne faut s'arrêter que lorsque l'escharre est faite.

Pouliot insiste sur les soins post-opératoires, à peu près inexistants dans la technique classique.

« L'escharre étant suffisante, il faut arrêter l'action du caustique ». Et l'auteur pense que tous les accidents, réactions annexielles et péritonéales, sténoses cicatricielles, sont dus à ce que l'action du caustique se poursuit en profondeur, après l'application. Aussi, la cautérisation terminée, il badigeonne l'escharre avec une solution saturée stérilisée d'acide tartrique, à l'imitation du professeur Paucot, de Lille. Il fait ensuite un lavage abondant des surfaces cautérisées, « lavage » qui entraîne mécaniquement les substances actives résiduelles et les empêche de continuer sournoisement leur œuvre destructive au delà de la profondeur nécessaire et suffisante. »

Quant au nombre des cautérisations, Pouliot n'en fait jamais plus de trois à des intervalles d'autant plus considérables que le cas est plus léger, mais toujours il attend au moins trois semaines.

Pendant la durée du traitement, les malades ne sont point astreintes au repos; elles continuent à vaquer à leurs occupations, comme auparavant. Seule une injection quotidienne, avec par exemple une solution de sulfate de cuivre à 1 p. 2.000, leur est prescrite. Les malades sont revues tous les dix jours.

et des pansements, avec des bouillons vaccins polyvalents, des ovules vaccinants ou des ovules à l'aristol, leur sont faits.

La guérison est contrôlée par « l'épreuve de la pince », mais qui ne doit être tentée que six semaines après la cautérisation qu'on peut espérer la dernière.

La guérison obtenue, Pouliot revoit les malades au bout de deux mois et procède à un examen complet, mais il ne dilate pas systématiquement, il ne le fait que si le col lui apparaît étoilé et passe alors des bougies de Hégar n^{os} 2-4 ou n^{os} 3-5 et il convoque de nouveau la malade au bout de deux autres mois.

Résultats

Voyons maintenant les résultats obtenus par les deux méthodes :

Guillemin, dans sa thèse, apporte 300 cas traités selon la méthode classique : dans 4, le traitement fut abandonné; parmi les 296 restants, il y eut 5 atrésies, dont 3 compliquées de dysménorrhée douloureuse et 2 compliqués d'hématométrie et 5 réactions annexielles.

Pouliot, après avoir traité plus de 1.500 cas, écrit : « Je n'ai « jamais eu d'accidents par atrésie du col. » Il ne compte qu'une observation d'hématométrie chez une jeune fille traitée pour polype muqueux du col après dilatation de l'orifice hyménéal. L'hématométrie survint deux mois après la dernière application de « Filhos », et on n'eut qu'à effondrer le bouchon muqueux, oblitérant l'orifice externe, avec l'extrémité effilée d'une bougie de Hégar pour que le sang des règles s'écoula. Sans autre dilatation, le canal resta parfaitement perméable.

Au point de vue de l'avenir obstétrical de ses malades, le même auteur communique la statistique (14) suivante :

A son cabinet, il a traité par le caustique de Filhos 230 malades. Pour différents motifs (âge avancé, absence de vie sexuelle...) il en élimine 18. Il reste 212 cas ayant donné lieu

(14) *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*. Année 1929, t. 24, p. 440.

à 58 grossesses. Au moment de sa publication, 4 grossesses sont en cours et 3 se sont terminées par des fausses couches. Restent 51 ayant évolué jusqu'à terme ou environ.

« Or, aucune de ces cinquante et une parturientes même « primipare, même âgée, n'a eu à subir de période de dilata-
« tion particulièrement prolongée; chez aucune d'entr'elles, il
« n' a été pratiqué d'incisions du col; la presque unanimité a
« accouché spontanément et vite; les six applications de forceps
« qui ont été nécessaires ont eu pour cause, soit la souffrance
« du fœtus, soit une résistance particulière du périnée. »

Ces chiffres démontrent la supériorité de la technique, employée par Pouliot, qui a de plus l'avantage de ne pas exiger des malades l'abandon de leurs occupations.

Ajoutons, enfin, que si, en général, les cautérisations ne sont pas douloureuses, quelques femmes, cependant, plus sensibles ou plus nerveuses, souffrent après l'application. Pouliot affirme que ces douleurs ne se produisent jamais quand on procède au lavage immédiat qui constitue le point original de sa technique. C'est aussi à ce lavage qu'il attribue l'extrême rareté des réactions annexiables, malgré le traitement ambulatoire.

Le « traitement ambulatoire » s'impose de plus en plus: En 1931, Pouliot (15) vient confirmer les résultats publiés en 1929 et écrit : « Ma statistique, qui comporte actuellement près de
« 2.000 applications de « Filhos », est vierge de tout accident
« sérieux. »

M. A. Chalier (16), de Lyon, ne fait également que du traitement ambulatoire, ne différant que sur quelques points de détail du précédent; « les résultats obtenus ont été si bons que, quoi-
« que chirurgien, il n'a encore trouvé qu'une fois l'occasion
« de prendre le bistouri pour amputer un col dans les métrites
« chroniques. »

(15) *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*. Séance du 1^{er} juin 1931, p. 443.

(16) *Gynécologie et Obstétrique*, 1931, t. 24, p. 628.

CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT PAR LE CAUSTIQUE DE FILHOS

M. A. Chaliér insiste sur la nécessité d'un bon examen clinique avant de procéder à toute cautérisation; il existe, en effet, des contre-indications absolues, sur lesquelles tous les auteurs sont d'accord :

La première est la métrite aiguë; les cautérisations y sont inutiles, puisqu'à cette période l'affection guérit avec un thérapeutique moins sévère, et dangereuses, étant donné l'étendue des surfaces à cautériser et des accidents que pourrait entraîner une pareille diffusion du caustique.

La seconde est la présence de lésions annexielles évolutives; une application risquerait de transformer en opérée probable une malade qui, jusque-là, avait toutes les chances de guérir par des moyens opératoires. D'autre part, à quoi bon traiter un organe, alors que l'on laisse subsister en amont des lésions assurant la réinfection par voie descendante.

La troisième est la présence de lésions annexielles refroidies, mais paraissant très importantes à l'examen et ayant donné lieu à des rechutes. Il est évident que le traitement doit s'adresser d'abord à ces lésions, qui sont prépondérantes.

La quatrième est la grossesse, toute intervention sur le col pouvant provoquer l'avortement.

Enfin, il est une dernière contre-indication qui concerne quelques cas appartenant d'emblée à la chirurgie et sur lesquels nous reviendrons.



CHAPITRE III

TRAITEMENT DES METRITES CERVICALES CHRONIQUES PAR L'AMPUTATION DU COL

Historique

La première amputation du col utérin a été pratiquée en 1801, par Osiander, professeur à Gœttingue. Cette opération avait déjà été proposée par Lauvariol, en 1780, et préconisée par Wrisberg, en 1787.

En France, Osiander fut imité par Dupuytren, puis par Récamier et, en 1815, cette opération était devenue courante. En 1825, Lisfranc commença à s'y livrer et en abusa, il est vrai qu'à cette époque on supposait que les ulcérations en engorgements utérins, si fréquents chez les femmes encore jeunes, se transformaient en cancer à l'âge du retour, lorsqu'on les avait négligés (17).

Dans les années suivantes, la résection du col tomba en discrédit, cependant, en 1859, Huguier, étudiant l'allongement hypertrophique du col, la propose comme traitement; Courty

(17) Rochard. *La chirurgie française au XIX siècle*, p. 263.

l'appuie, mais ils se heurtent à de nombreuses préventions.

C'est à Ch. Braun, de Vienne, que revient le mérite d'avoir remis en honneur cette opération, en 1864.

En 1873, Marckwald décrit le procédé, employé pour la première fois par Simon, en 1859. En 1878, A. Martin montre les résultats heureux de l'amputation de la portion vaginale de l'utérus et contribue à sa vulgarisation.

En Amérique, la première opération plastique sur le col est faite par Sims, en 1861. L'année suivante, le procédé est modifié par Emmet qui, en 1869, publie un mémoire à ce sujet. La nouvelle opération est accueillie avec enthousiasme en Amérique, elle se propage en Europe sous le nom de « Trachélorraphie » d'Emmet, mais elle y obtient beaucoup moins de succès, surtout en France.

La plus connue des opérations que l'on pratique contre l'endométrite cervicale rebelle a été préconisée par le professeur Schröder, de Berlin en 1878. Elle se répand rapidement, mais la technique en est délicate, au sujet des sutures, Houzel, de Boulogne, propose en 1902 une modification intéressante.

En France, Bonilly, en 1893, propose un nouveau procédé opératoire, qui consiste à exciser en avant et en arrière un rectangle de muqueuse endocervicale, en laissant sur les côtés de la cavité cervicale deux bandes intactes de muqueuse, préalablement curettée, qui s'opposeront à la sténose du col. Ce procédé est, depuis, tombé en désuétude.

En 1904, Ponëy, de Montevideo, apporte sa contribution à ce chapitre de gynécologie opératoire, en communiquant au Congrès latino-américain de Buenos-Ayres les résultats obtenus par son « évidement conoïde du col ».

Ce procédé eut un grand retentissement et Forgue décrivit peu après un évidement conoïde du col très étendu, évidemment en « carotte », ne laissant que la muqueuse vaginale avec une portion de muscle sous-jacent, l'invagination des lambeaux, plus souples, étant ainsi plus facile.

Enfin, en 1920, Matthews, de Brooklyn, publie un article dans lequel il se fait le défenseur de l'amputation du col com-

me traitement de l'endocervicite chronique. Il rappelle les travaux de Sturmdorf, de New-York, et de Curtis, de Chicago, et préconise la « cône opération » de Sturmdorf, qui n'est qu'une variante de l'opération de Pouëy-Forgue, et dont l'intérêt réside surtout dans le procédé de suture.

Techniques opératoires

L'amputation du col est une opération sérieuse, nécessitant une installation chirurgicale complète et à laquelle seul un chirurgien averti peut procéder. L'intervention se fait sous anesthésie générale ou à l'anesthésie locale, avec addition d'adrénaline pour diminuer l'hémorragie.

Les procédés opératoires, aujourd'hui employés dans le traitement des cervicites chroniques, sont au nombre de quatre : la « trachélorraphie d'Emmel », le procédé de Simon-Marckwald, l'opération de Schrøder et l'« évidemment conoïde » du col.

La trachélorraphie d'Emmet vise la restauration du col dans le cas où une déchirure post-partum conditionne un ectropion considérable. Elle consiste à aviver les lèvres de la déchirure et à les suturer.

Le procédé de Simon-Marckwald (fig. 4) est le plus facile à exécuter. Le col est saisi par deux pinces placées, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure et abaissé. On fend, au ciseau, chaque commissure jusqu'au cul de sac, de façon à faire une valve antérieure et une valve postérieure. On pratique ensuite, dans la valve antérieure, une excision de tissu en forme de prisme triangulaire, à base inférieure et à arête supérieure; la valve se trouve ainsi remplacée par deux lambeaux, l'un exocervical, formé par la muqueuse vaginale, l'autre endocervical, formé par la muqueuse du col; on suture ces deux lambeaux. Puis on recommence la même opération sur la valve postérieure, et on procède à la réunion des commissures, laquelle peut être facilitée par l'ablation d'un coin de tissu musculaire au niveau des angles.

Ce procédé laisse subsister une portion de muqueuse endocervicale.

L'opération de Schröder (fig. 2) est une amputation du col à un lambeau, elle permet d'enlever toute la muqueuse endocervicale, mais son exécution est délicate. On commence également par la section bi-latérale du col, ouvrant sa cavité jusqu'à l'isthme, de façon à former encore une valve antérieure et une postérieure. Cela fait, sur la face profonde de la valve antérieure, on fait, le plus profondément possible, une incision transversale, que l'on approfondit obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, de manière à enlever tout le tissu malade. Il faut ensuite invaginer le lambeau et suturer de façon telle que la muqueuse utérine se continue avec la muqueuse vaginale. La même dissection et la même suture sont pratiquées sur la valve postérieure. On termine par la suture des commissures comme précédemment.

La difficulté réside dans l'invagination et la suture de chaque lambeau; ingénieusement, Houzel traverse toute l'épaisseur du col, puis le fil qui sort par l'orifice interne est passé dans le bord libre du lambeau et fixé par un nœud, de sorte que la traction sur l'autre extrémité du fil attire le lambeau et l'invagine dans la cavité cervicale.

Malgré tout, il arrive que les sutures lâchent, cela constitue un grave inconvénient, qui serait dû, d'après le professeur Hartmann (18), à un manque de souplesse du lambeau. Pour y remédier, il conseille « de tailler un lambeau uniquement constitué par de la muqueuse vaginale » (fig. 3), reséquant avec la muqueuse intracervicale tout le tissu musculaire, de la portion correspondante du col, qui contient souvent dans son épaisseur des formations scléro-kystiques d'origine glandulaire.

Les deux dernières opérations que nous venons de décrire comportent, comme premier temps, une section transversale bi-latérale du col. Cette section est très hémorragique, aussi on a proposé de fendre le col sur la ligne médiane, principe

(18) H. Hartmann. *Gynécologie opératoire*, p. 173.

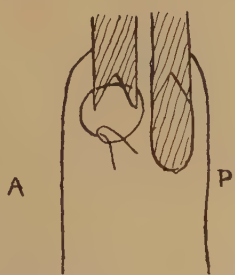


fig. 1

Procédé de
Simon Marchwald

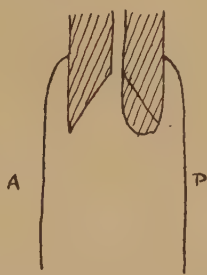


fig. 2

Operation de
Schroeder.
Point de Houzel.



fig. 3. Op. de Schroeder
modifiée par Hartmann

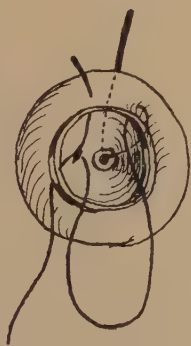


fig 4 Op. de Sturmdorf
et sutures de Matthews

donné depuis longtemps par J.-L. Faure, la zone médiane de l'utérus étant relativement exsangue à la section.

L'évidement conoïde du col, dont Pouëy eut le premier l'idée, qui fut ensuite perfectionné par Forgue, puis par Sturmdorf, est aujourd'hui surtout utilisé à l'étranger, selon la technique précise indiquée par Matthews (fig. 4).

Le col est attiré en bas, par traction avec une pince de Museux, on a l'aide de deux fils passés sur les deux côtés du col. Puis on fait une incision qui passe à la limite de la muqueuse vaginale saine et de la muqueuse endocervicale infectée. On dissèque la muqueuse vaginale, spécialement en avant et en arrière, pour former deux lambeaux bien souples. On procède alors à l'évidement conoïde du col. Le bistouri s'enfonce obliquement vers l'orifice profond du col et taille un cône de tissu qui comprend toute la muqueuse infectée, doublée d'une certaine portion de tissu musculaire. On recouvre le cratère ainsi formé en invaginant les lambeaux préalablement préparés; pour cela un fil est passé en U dans le bord libre du lambeau antérieur, puis chacun des chefs est passé avec l'aiguille, de dedans en dehors, dans toute l'épaisseur du col; les deux chefs sont alors noués dans le fond du cul de sac antérieur, de façon à attirer le lambeau dans la cavité jusqu'au contact de la muqueuse utérine. La même manœuvre est répétée pour le lambeau postérieur; deux points d'angle terminent alors la suture.

Discussion

Nous n'avons pas la compétence chirurgicale nécessaire pour faire une étude critique de ces différents procédés; d'ailleurs, quelqu'un a dit, avec raison, que « tous étaient bons, à condition d'être bien exécutés ».

Cependant, certains procédés semblent avoir des indications particulières; c'est ainsi que la trachélorraphie n'est indiquée qu'en cas de métrite légère, où la lésion dominante est une déchirure entraînant un ectropion considérable. L'opération de

Simon-Marckwald est le procédé de choix en cas d'allongement hypertrophique de la portion vaginale de l'utérus; pratiquée en cas d'endocervicite chronique, elle a l'inconvénient, comme nous l'avons montré, de laisser subsister une portion de muqueuse infectée. L'amputation de Schröder a donné lieu à bien des mécomptes, mais cela tient à ce qu'elle est souvent mal exécutée. L'opération de Sturmdorf est pratiquée en Amérique et en Angleterre. Matthews en a donné deux statistiques, l'une de 200 cas, l'autre de 70.

Dans celle de 200, 128 femmes (64 %) ont été guéries, 56 (18 %) ont été améliorées; il y eut 16 succès (8 %).

Dans sa statistique de 70 cas, il a eu 49 guérisons (69 %), 16 améliorations (22,8 %) et 5 succès (7, 2 %).

Il y eut dans la suite chez ces opérées, 28 grossesses, avec 17 accouchements normaux, 3 dystociés légères bien terminées, 1 forceps bas, 1 césarienne, mais dont la cause ne fut pas absolument le col, et enfin 6 avortements, qui ne furent pas dûs au col.

Ces résultats sont donc satisfaisants.

John William Burns (19) a également étudié les résultats éloignés de cette opération; il donne la statistique suivante, qui porte sur 120 cas. Là-dessus, 28 malades ne purent être suivies, 3 furent par la suite hystérectomisées, 5 étaient aux environs de la ménopause; il y avait, en outre, 3 célibataires, 10 stériles et 6 atteintes de salpingo-ovarite. Il reste 65 femmes chez lesquelles on pouvait espérer une grossesse. Sur ces 65, 14 devinrent enceintes, dans un délai allant de deux mois à deux ans après l'opération, c'est-à-dire 21,5 %; or, au moment de l'opération, l'âge moyen de ces malades était de 35 ans.

Sur ces 14 opérées, qui devinrent enceintes, une le devint deux fois dans les deux années suivant l'intervention, et les 13 autres une fois, ce qui fait 15 grossesses sur lesquelles 10 allèrent à terme, 3 firent des fausses couches, les 2 autres n'avaient pas encore accouché au moment de la publication.

(19) *Lancet*, London 1925, t. 2, p. 806.

Tous les cas, qui allèrent à terme, eurent un travail parfaitement normal et, sur ces 10 cas, il y avait 2 primipares. Une de celles qui avortèrent fut de nouveau enceinte dans les six mois qui suivirent, et cette fois la grossesse alla à terme et se termina par un accouchement normal.

Burns conclut que le traitement opératoire de l'endocervicite chronique apporte une guérison rapide et permanente, et que le procédé de Sturmdorf a peu ou pas d'effet sur la conception, la grossesse et le travail.

Contre-indications opératoires

Une contre-indication formelle est la présence d'une inflammation périmétritique aiguë ou mal éteinte.

Il est évident que la grossesse interdit également l'opération.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS ET ETUDE DES AVANTAGES COMPARES DU TRAITEMENT PAR LE « FILHOS » ET DU TRAITEMENT PAR L'AMPUTATION DU COL.

Nous publions ici deux séries d'observations, la première contenant les cas traités par le caustique de Filhos, la seconde ceux où l'amputation a été pratiquée. Après quoi nous ferons une étude comparée des avantages respectifs de ces deux méthodes, d'où nous pourrons déduire les indications de chacune.

*
* *

Dans le service de Gynécologie de M. le professeur Guyot, M^{lle} le docteur Dubreuilh applique le « traitement ambulatoire » au Filhos.

*
* *

OBSERVATION I

M^{me} J..., 40 ans, quatre enfants, tous nés à terme. Deux se sont présentés par le siège. Bonnes suites de couches, lever au bout de 9 à 10 jours. Il y a trois ou quatre ans, à la suite du quatrième accouchement, pertes blanches, ayant duré quelques mois et ayant disparu avec quelques injections.

Depuis décembre 1931, pertes jaune-verdâtres, glaireuses avec douleurs du ventre type colique. Ces pertes sont abondantes surtout après les règles. Pendant six mois, elle est soignée en ville par des injections, ovules et pansements vaginaux; sans succès.

Venue à la consultation le 6 juin 1932. L'examen montre un gros col, laissant sourdre, par l'orifice agrandi, de grosses glaires jaunes, difficiles à détacher.

Utérus en anteflexion et rétroposition, de volume augmenté mais non douloureux et mobile. Les annexes ne sont pas perceptibles.

19 juin : Première cautérisation au néofilhos. Les règles suivantes sont très abondantes, mais les pertes blanches ont déjà notablement diminué.

21 juillet : Deuxième cautérisation. A partir de ce moment, plus de pertes. Cependant sur la plaie quelques stries blanc-jaunâtres persistent et l'expression du col amène un léger écoulement.

7 septembre : Troisième cautérisation. Depuis lors les pertes ont complètement disparu. On a procédé à deux dilatations pour calibrage du col.

*
* *

OBSERVATION II

M^{me} D..., 44 ans, trois enfants. Bonnes suites de couches.

Présente depuis plusieurs années des pertes blanc-jaunâtres. En même temps, pesanteur du bas-ventre, digestions lentes et pénibles, fatigue générale, ne travaille plus.

Soignée depuis un an par injections, ovules, sans résultat. Mai 1931 : vient à la consultation.

Gros utérus en position normale, annexes ni perceptibles, ni sensibles. L'examen au spéculum montre un très gros col déchiré avec large ectropion de la muqueuse qui saigne parfois au toucher.

Trois cautérisations au fillos sont pratiquées à un mois d'intervalle.

Résultats : La malade ne souffre plus du tout, elle a repris ses occupations sans fatigue, elle a engraisé et ne ressent plus de pesanteur d'estomac. Les pertes ont disparu, les règles viennent normalement.

Le col a repris ses dimensions normales. Orifice étroit, mais se laissant facilement dilater jusqu'au mandrin n° 6. La lèvre antérieure étant restée légèrement exulcérée et suintante, on conseille des ovules à l'hémostyl.

Décembre 31 : La malade est revue complètement guérie ; le col est souple, l'orifice quoique petit reste facilement dilatable et les règles viennent normalement.

*
**

OBSERVATION III

M^{me} S..., quatre enfants. En septembre 31, fausse-couche de six mois. Est venue à la consultation au début de juin 1932 : pertes jaunes, épaisses, abondantes depuis deux ans.

L'examen au spéculum montre un gros col ulcéré, avec érosions sur les lèvres antérieure et postérieure et une déchirure à gauche.

On lui fait trois cautérisations au fillos : la première en juin, la seconde le mois suivant et la dernière le 24 septembre.

Résultat le 10 novembre : Disparition presque complète des pertes qui ont changé de caractère, ce sont des pertes caillibotées très probablement d'origine vaginale. Il n'y a plus d'ectropion de la muqueuse.

Dilatation aux bougies de Hegar 3-6 et écouvillonnage au chlorure de zinc à 1 p. 10.

*
* *

OBSERVATION IV

M^{me} S..., 31 ans. Adressée par M. le docteur Rivière pour métrite chronique, périmétrite et salpingite droite légère. Une seule grossesse. En octobre 1924, accouchement spontané, bonnes suites de couches.

Dix-huit mois après l'accouchement, pertes blanches, accompagnées plus tard de douleurs lombaires avec irradiation dans la cuisse droite. Douleurs d'estomac, irritabilité, lassitude, impossibilité de travail. Règles douloureuses.

Au moment de l'examen, pertes glaireuses jaunâtres, verdâtres au moment des règles. Gros col œdématié regardant en arrière, corps un peu gros en antéflexion, sensible à la pression, mobilisation un peu limitée. Le cul de sac gauche est souple, profond, non douloureux. Le cul-de-sac droit, de profondeur diminuée, est douloureux. Douglas diminué et empâté.

Au spéculum, on aperçoit un très gros col œdématié avec érosions péri-orificielles, présence de quelques œufs de Naborth.

En raison de la légère annexite droite, on commence par faire quatorze séances de diathermie qui amènent la sédation de la salpingite.

11 décembre 1931 : Première cautérisation à la pâte Filhosa, neutralisation par acide acétique, suivie de lavage. Aucune réaction.

4 janvier 1932 : Règles douloureuses;

8 janvier : Deuxième cautérisation au crayon de Filhos;

17 février : Troisième cautérisation.

Légère réaction annexielle le surlendemain à la suite d'une course en auto : la trompe droite est sensible à la palpation, mais n'est pas augmentée de volume.

Depuis, les règles ne sont plus douloureuses et la malade se sent beaucoup mieux malgré la reprise d'une vie active.

Le col est encore en peu gros, mais sa muqueuse est parfaitement saine. Les pertes bien que très diminuées réapparaissent de temps à autre; quelques douleurs dans l'aîne droite avec irra-

diation dans la cuisse. Utérus petit, en antéflexion, très mobile, non douloureux. L'ovaire droit reste un peu gros et sensible; il est abaissé et très mobile.

On fait deux calibrages de l'orifice cervical qui est souple et se laisse parfaitement dilater.

La malade, revue au mois d'octobre, va parfaitement bien.

*
* *

OBSERVATION V

M^{me} G..., 34 ans, adressée par M. le docteur Rivière. Deux grossesses : l'une en 1921, l'autre en 24. Accouchements à terme, bonnes suites de couches. Cependant des pertes blanches, glai-reuses sont apparues après le premier accouchement. Règles rares, très peu importantes. Examen : utérus en bonne position, mobile. Les annexes ne sont ni perceptibles, ni douloureuses.

Le col présente de larges ulcérations péri-orificielles, il saigne facilement.

Un traitement par injections et ovules amènent une amélioration de la métrite, mais non sa disparition.

6. janvier 1932 : Première cautérisation au Filhos. Pas de réaction.

1^{er} février : Deuxième cautérisation. Règles le 18; assez douloureuses.

7 mars : Troisième cautérisation.

4 avril, examen : Col bien réduit de volume, orifice externe légèrement rétréci, calibrage aux bougies de Hegar jusqu'au n° 5. Légère ulcération orificielle persistante. On conseille des ovules à l'iodol.

8. juin : Les règles sont plus régulières, non douloureuses, le pourtour de l'orifice externe est un peu rouge, mais non ulcéré. Coalescence légère de cet orifice que l'on fait disparaître par des dilatations suivies d'un écouvillonnage serré au chlorure de zinc à 1 p. 10.

15 juillet : La malade se sent très bien, col normal, plus de

pertes blanches, orifice perméable à la bougie cylindro-conique 3-6.

28 octobre : Malade en très bon état. Guérison.

*
* *

OBSERVATION VI

M^{me} F..., 32 ans. Une seule grossesse, 1921, bonnes suites de couches. Pertes blanches depuis 1927. Entérite chronique, amaigrissement. Examen : petit utérus en antéflexion, col un peu gros, annexes non perceptibles.

Avec le spéculum, on aperçoit un orifice arrondi laissant sourdre des glaires jaunâtres. Pas d'érosions péri-orificielles.

9 avril 1932 : Première cautérisation au Filhos.

1^{er} juin : Deuxième cautérisation, à la suite de laquelle se forme autour de l'orifice, un fausse membrane jaunâtre auréolée de rouge, pertes blanches et roses. Cette fausse membrane est très adhérente et persiste un mois.

1^{er} juillet : Règles normales; on voit encore, au fond de l'entonnoir de cautérisation, quelques taches purulentes.

2 septembre : Troisième cautérisation au Filhos, neutralisation à l'acide tartrique suivie de lavage du col.

Pendant le mois qui suit, on conseille à la malade des injections au sulfate de cuivre, sulfate de zinc et, chaque semaine, on lui fait un attouchement au rouge de Ziehl.

10 septembre : Col bien détergé, ne présente pas cette fois-ci l'escharre persistante et sans doute infectée de la fois précédente.

23 septembre : Orifice externe rétréci au delà duquel on trouve une glaire opaline. Calibrage à la bougie cylindro-cônique 2-5. Écouvillonnage serré au chlorure de zinc à 1 p. 10.

20 octobre : Nouvelle dilatation suivie d'un nouvel écouvillonnage. La malade n'a presque plus de pertes, orifice cervical normal. Dilatation avec les bougies côniques 3-6. La malade se sent bien, ne souffre plus de l'estomac, a engraisé.

*
* *

OBSERVATION VII

M^{me} D..., 35 ans, adressée par M. le docteur Rivière. Trois grossesses à terme (1921, 1922, 1925), bonnes suite de couches.

Début de la métrite, trois ans après le troisième accouchement. Amaigrissement, fatigue générale, n'a jamais souffert en dehors des règles.

Utérus petit en antéflexion, très gros col œdématisé, rouge mais non ulcéré.

21 avril 1932 : Première cautérisation au crayon de Filhos, suivie d'une neutralisation à l'acide acétique et d'un lavage du col.

18 mai : Deuxième cautérisation.

15 juin : Le col a diminué de volume, mais une perte glaireuse persiste. Orifice externe légèrement rétréci.

20 juin : Dilatation de l'orifice externe, jusqu'à faire passer une bougie n° 8. Ecouvillonnage serré de la cavité cervicale au chlorure de zinc à 1 p. 10.

10 octobre : La malade se sent bien, elle a engraisé de 2 kilos. Le col a bien diminué de volume, il reste encore un peu rouge, mais il n'y a plus de pertes. L'orifice est un peu petit, mais parfaitement souple, il est calibré à la cylindro-cônique 3-6 et se laisse parfaitement dilater.

*
* *

OBSERVATION VIII

M^{me} C..., 40 ans. Une grossesse en 1910. Lever 10 jours après l'accouchement. Très rapidement apparition de pertes jaunâtres, épaisses, gluantes, ayant plus ou moins persisté depuis lors. Quelques pertes sanguinolentes entre les règles.

Examen : Col regardant en arrière. Utérus en antéflexion, gros mais mobile, non douloureux. Les annexes ne sont pas perceptibles.

A l'aide du spéculum on aperçoit un col augmenté de volume,

à orifice large, à grosse lèvre antérieure présentant un petit polype à large implantation.

9 mars 1931 : Première cautérisation au Filhos suivie de neutralisation à l'acide acétique et de lavage du col.

13 avril : Deuxième cautérisation allant presque jusqu'à l'orifice interne. Neutralisation et lavage, comme précédemment.

22 juillet : La malade se sent mieux, elle n'a plus eu de pertes. Le col n'est presque plus rouge, il présente encore, cependant, une petite ulcération de la lèvre antérieure. La malade cesse de se faire soigner, puis revient consulter sept mois plus tard.

Le 9 mars 1932, on lui fait une troisième cautérisation en surface, portant sur une petite exulcération de la lèvre antérieure.

Le 6 avril : Le col n'est plus gros, son orifice est normal mais il persiste quelques glaires transparentes. La malade reste toujours très préoccupée de son état, toutefois une nouvelle cautérisation n'est pas jugée nécessaire.

*
* *

OBSERVATION IX

M^{me} D..., 23 ans, vendeuse. Une grossesse, accouchement à terme en avril 1929. Mauvaises suites de couches obligeant la malade à rester au repos pendant six mois.

Depuis l'accouchement, pertes jaunes, glaireuses, irritantes.

Fatigue générale. Dès qu'elle fait un effort, elle présente une douleur au niveau du point annexiel droit.

Examen en juin 1932 : Gros utérus en bonne position; très gros col déchiré transversalement avec éversion des lèvres antérieure et postérieure, léger ectropion de la muqueuse. L'orifice du col laisse sourdre une grosse glaire jaunâtre et adhérente.

Fin juin : Première cautérisation au crayon de Filhos, puis neutralisation à l'acide tartrique et lavage du col.

Fin juillet : Deuxième cautérisation, faite de la même façon. La malade est revue en novembre : elle n'a plus eu de pertes

glaireuses, il persiste seulement quelques pertes caillibottées qui vont en diminuant.

Le col est encore un peu gros, à lèvres éversées, mais l'ectropion de la muqueuse a disparu; l'orifice est souple, dilatable, laissant facilement passer la bougie de Hegar n° 7.

La malade se sent très bien et peut désormais vaquer à ses occupations, pourtant pénibles, de vendeuse.

*
* *

Les seize observations qui suivent sont dues à l'obligeance de M. le professeur Bégouin.

OBSERVATION I *bis*

M^{me} L..., 30 ans. Métrite glaireuse du col. Trois ou quatre ans de traitement médical sans résultat.

1^{er} février 1922 : Amputation du col par le procédé de Schroeder. Présence d'hémorroïdes : dilatation et thermocautérisation des hémorroïdes.

15 février 1922, examen : Résultat très bon fonctionnel et plastique.

27 octobre 1922 : La malade se trouve très bien, elle a engraisé, toutefois ses règles sont un peu douloureuses.

*
* *

OBSERVATION II *bis*

M^{me} D..., 25 ans. Présente depuis deux ou trois ans des pertes glaireuses qui tombent comme de gros crachats. Le col est obstrué par ces glaires.

31 mai 1922 : Amputation du col par le procédé de Schroeder. Résultat : guérison. Les pertes glaireuses ont disparu.

*
* *

OBSERVATION III *bis*

M^{me} B... Polype muqueux et métrite totale avec œufs de Naboth dans le col.

10 janvier 1924 : Curettage et Schröder. Guérison.

3 février 1928 : Etat parfait.

*
* *

OBSERVATION IV *bis*

M^{me} F..., 24 ans. 24 septembre 1924 : Amputation du col par le procédé de Schröder. Suites normales.

*
* *

OBSERVATION V *bis*

M^{me} S..., 20 ans. Cervicite glaireuse légère, douleur annexielle et stérilité. L'annexite est légère et ne nécessite pas de traitement spécial.

5 mai 1926 : Amputation du col (Schröder).

18 avril 1928 : Depuis l'opération toutes les pertes ont disparu.

29 mai 1930 : Résultat parfait. Aucune perte et col excellent.

*
* *

OBSERVATION VI *bis*

M^{me} R..., 25 ans. Le 7 juin 1926 entre dans le service de M. le professeur Bégouin, sur les conseils de son médecin, pour biopsie du col.

La malade se plaint de ne pouvoir travailler, depuis deux ou trois mois elle souffre du ventre au moindre effort.

Elle a toujours été mal réglée, elle a toujours eu des pertes blanches plus ou moins abondantes et des pertes jaunâtres non douloureuses, tâchant le linge.

Depuis trois mois, elle a eu dans l'intervalle de ses règles des pertes de sang : quelques taches avec quelques filaments de sang rouge. Ces pertes de sang sont arrivées sans raison apparente (sonde ou coït et accompagnaient les pertes jaunes habituelles. Ces pertes de sang sont apparues trois fois : janvier, février, mars.

Le 8 juin, sous anesthésie à l'éther, amputation du col utérin par M. Papin (Schroeder).

Anatomie pathologique : « Métrite glandulaire avec érosions hémorragiques. Pas d'évolution maligne. Le stroma est infiltré de plasmocytes et de lymphocytes. » Cet examen a été fait par M. le professeur Sabrazès.

Suites très simples. La malade part guérie sans incident.

*
**

OBSERVATION VII *bis*

M^{me} B..., 40 ans. Cervicité glaireuse.

23 juin 1926 : Amputation du col de Schroeder. Guérison.

*
**

OBSERVATION VIII *bis*

M^{me} B..., 24 ans. Cervicite glaireuse. Peut-être salpingite légère ? Col avec sténose.

7 juillet 1926 : Amputation du col (Schroeder). La réfection du col n'a pas été parfaite, la section saignait beaucoup.

Guérison.

*
**

OBSERVATION IX *bis*

M^{me} M..., 27 ans. Gros col très augmenté de volume et saignant. Stérilité.

7 juillet 1926 : Amputation du col à la Simon. Guérison.

13 septembre 1926 : Revue guérie.

8 novembre : Présente tous les signes d'une grossesse de deux mois.

Nous avons appris depuis qu'elle avait eu un accouchement normal.

*
* *

OBSERVATION X

M^{me} M..., 24 ans.

Le 13 janvier 1928, elle entre dans le service de M. le professeur Bégouin, pour pertes de sang. Ces pertes ont commencé en février 1926, huit mois après son dernier accouchement; elle perd du sang pendant six mois, ne reconnaissant ses règles que par la plus grande quantité de sang perdue; ensuite elle perd d'une façon régulière vingt-quatre jours par mois. Bon état général, pas de température.

Examen : Col déchiré et repoussé en avant et à droite. Gros corps dont la mobilisation est un peu douloureuse.

En résumé : Métrite hémorragique, consécutive à un accouchement.

Opération le 17 janvier 1928 : Curettage utérin et amputation du col (Schröder) par M. le professeur Béguonin.

Suites : Pertes de sang par le vagin pendant une quinzaine de jours. Légère réaction annexielle.

Examen au spéculum le 1^{er} février : Cicatrisation presque complète de la plaie opératoire. Exeat le 11 février 1928.

*
* *

OBSERVATION XI

M^{me} J..., 25 ans. Depuis trois ans et demi, pertes abondantes empesant le linge. Diagnostic : Cervicite glaireuse et fibrome du volume d'une mandarine sur le côté droit du corps utérin.

Le 8 février 1928 : Amputation du col. Guérison.

Le 29 : Laparatomie et myomectomie.

Le 28 avril 1930 : Grossesse de six mois.

*
**

OBSERVATION XII

M^{me} M..., couturière, 32 ans. Entre à l'hôpital le 19 juin 1928 pour pertes blanches et ménorrhagies. Elle a des pertes blanches, depuis un an, qui surviennent au moment des règles, commençant quelques jours avant et finissant quelques jours après; la fatigue les augmente. Ces pertes sont plus abondantes depuis deux mois.

Règles normales jusqu'en juin 1927. A partir de ce moment elles augmentent, durant 10-15 jours au lieu de 4 et devenant très abondantes. Quelques douleurs lombaires.

Depuis six mois, son état général est touché; cette femme a maigri, elle a vu ses forces décliner et a dû cesser son travail. Pour ces troubles, elle a été admise en mai 1928 dans le service de M. le professeur Cassaët, d'où elle a été transférée en chirurgie pour affection gynécologique.

Examen : Col gros, velouté au toucher. Corps antéfléchi, du volume d'une mandarine, aucune douleur au toucher. L'examen au spéculum montre une large ulcération, recouvrant tout le col qui a un peu l'aspect d'une fraise. L'ulcération saigne au moment de l'examen.

Antécédents : Trois enfants dont le dernier a 10 ans. Les accouchements ont été normaux et n'ont pas été suivis d'infection.

Diagnostic : Métrite avec ulcération suspecte du col. Fibrome.

Opération le 22 juin 1928 par M. le professeur Bégouin. Curettage et Schroeder.

L'hystérométrie montre une cavité agrandie, possibilité d'un fibrome de la face antérieure.

La lèvre antérieure du col est très altérée, framboisée, à sions profonds, si bien qu'on se demande s'il ne s'agit pas d'un épithélioma.

On décide un examen anatomo-pathologique de la pièce.

Réponse du laboratoire : Epithélioma spino-cellulaire avec foyers de lymphocytose énormes.

Pour cette raison, la malade est réopérée le 6 juillet 1928 par M. le professeur Bégouin qui fait un wertheim.

*
* *

OBSERVATION XIII

M^{me} D..., 44 ans. Date d'entrée : 15 février 1929. Depuis dix ans, petites pertes de sang au moment des rapports. Depuis trois ans, ces petites pertes rouges surviennent plus facilement à l'effort et au contact, peu à peu elles augmentent d'abondance. Depuis trois mois, elles sont devenues à peu près permanentes et les règles ne sont plus reconnaissables.

Examen : La lèvre postérieure du col présente une petite ulcération bourgeonnante, reposant sur une base un peu indurée; elle adhère à un repli vaginal.

Deux biopsies, faites à ce niveau, ont montré des lésions d'hyperplasie glandulaire (adénome).

Les hémorragies devenant plus abondantes, on décide l'amputation du col pour examen anatomo-pathologique.

Opération le 1^{er} mars par M. le professeur Bégouin, qui fait une amputation du col, par le procédé de Schröder, pour biopsie large.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Sabrazès donne le résultat suivant :

Adénome végétant du col avec érosions hémorragiques. Adénome dentritique sans atypie cellulaire. Ectasie vasculaire considérable. Pas de mitoses.

Sur la lèvre antérieure : Adénome kystique, moins végétant, très mucipare.

Suites opératoires : Bonnes. Léger suintement séro-hématique pendant 5-6 jours. Guérison complète.

Etant donné le résultat donné par l'examen de la pièce d'amputation, on exécuta la malade le 26 mars 1929.

*
* *

OBSERVATION XIV

M^{me} E..., 24 ans. Cervicite glaireuse datant de deux ans.

Opérée le 9 juillet 1930 : Schröder.

21 juillet : Les sutures ont lâché. Mucopus assez abondant.

La réunion se fera par seconde intention.

*
* *

OBSERVATION XV

M^{me} A..., 33 ans. Métrite du col.

Opération le 28 janvier 1931 : Schröder.

Examen le 27 février : Etat parfait du col.

*
* *

OBSERVATION XVI

M^{me} R..., 25 ans. Depuis trois ans environ, métrite glaireuse du col. Présente en plus un kyste de l'ombilic.

Opération le 27 avril 1932 : Excision du kyste et amputation du col.

Guérison. Le 24 octobre, elle va très bien.

AVANTAGES COMPARES DU TRAITEMENT PAR LE « FILHOS » ET DU TRAITEMENT PAR L'AMPUTATION.

Ces deux traitements, nous l'avons vu, peuvent guérir les cervicites chroniques. S'excluent-ils ?

L'application de caustique de Filhos présente sur le traitement opératoire l'avantage de nécessiter une installation beaucoup plus simple et un matériel bien moins considérable. De plus, si pour faire des cautérisations il faut en bien connaître la technique, celle-ci est tout de même plus facile à acquérir que n'importe quelle technique chirurgicale. Pour ces deux raisons le « caustique solidifié de potasse et de chaux » devient un remède précieux à la campagne, aux colonies... C'est-à-dire chaque fois que l'on se trouve loin d'un centre important.

En général les malades préfèrent les cautérisations au traitement sanglant, qui émeut toujours plus ou moins leur sensibilité. Ajoutons qu'une femme opérée est contrainte au repos absolu pendant environ trois semaines, gros inconvénient pour certaines mères de famille, dont le travail est nécessaire pour équilibrer le budget familial. Traitées par le caustique de Filhos, elles peuvent continuer à vaquer à leurs occupations.

Mais le traitement opératoire reprend l'avantage par la rapidité de la guérison qu'il apporte. Le bistouri supprime instantanément la zone malade; le caustique, même guidé par une main experte, n'est pas aussi radical et rarement une seule

application suffit à détruire les tissus infectés, le plus souvent il en faut deux ou trois. Etant donné qu'un intervalle de trois semaines sépare deux applications, il est évident qu'on ne pourra s'adresser à cette thérapeutique chaque fois qu'il y aura un intérêt quelconque à agir promptement.

C'est pourquoi nous donnerons la préférence au traitement opératoire en cas de gros cols saignants : une malade qui perd beaucoup s'anémie, d'où la nécessité d'arrêter rapidement la cause de ces hémorragies. D'ailleurs, dans ces métrites hémorragiques, si les lésions dominantes sont cervicales, le corps de l'utérus participe presque toujours à l'infection, on s'en aperçoit à l'augmentation de son volume. Le traitement de choix consistera en un curettage suivi d'une amputation de col, laquelle provoque l'involution du corps, comme l'a montré depuis longtemps Karl Braun.

De même, si le col présente une ulcération suspecte (observation VI bis, XII et XIII), l'amputation s'impose : s'il s'agit d'une ulcération banale, la guérison est ainsi obtenue; s'il s'agit d'un cancer, l'examen anatomopathologique systématiquement pratiqué nous renseigne, et notre opération n'aura été qu'une vaste biopsie, alors que des cautérisations auraient amené un désastre.

Dans d'autres cas, il arrive que la métrite cervicale complique, par exemple, un prolapsus génital, cause d'une gêne considérable; la cure chirurgicale de ce prolapsus ne peut être exécutée tant que ce foyer d'infection existe; il faut donc commencer par en débarrasser la malade et l'amputation du col sera le premier temps d'une opération qui pourra comporter, en outre, une colporraphie antérieure, une colpopérinéorrhaphie postérieure et même un doléris.

L'intervention est également préférable chez une femme d'un certain âge, chez laquelle on soupçonne un adénome diffus du col, dont la dégénérescence maligne, nous l'avons vu, ne serait pas exceptionnelle.

Enfin, une dernière indication de la chirurgie est l'allonge-

ment hypertrophique du col; il est évident qu'on ne peut demander aux cautérisations une telle destruction de tissus.

Les cautérisations au caustique Filhos et l'amputation du col sont deux traitements qui ne s'excluent pas mais se complètent. Pour guérir les métrites cervicales, le médecin possède toute une gamme de moyens thérapeutiques, à lui d'en user avec discernement.

CONCLUSIONS

1° Les cervicites chroniques, non compliquées de lésions paramétritiques aiguës, sont justifiables du traitement par les cautérisations au caustique de Filhos ou de l'amputation du col.

2° Les cautérisations au caustique de Filhos constituent un excellent traitement à condition d'espacer suffisamment les applications (trois semaines au moins) et de surveiller le col, pour être prêt à le dilater devant toute menace de sténose.

3° Pour exercer ce traitement, il faut avoir vu le pratiquer et en connaître à fond la technique ; celle-ci n'est pas difficile à acquérir et, étant donné le matériel, assez peu considérable, qu'elle comporte, elle se recommande tout particulièrement aux praticiens exerçant loin d'un centre.

4° On doit réserver l'amputation :

- a) Aux gros cols saignants ;
- b) Aux cols adénomateux ;
- c) A l'allongement hypertrophique du col ;
- d) Aux cervicites qui ont été rebelles à tous les autres moyens thérapeutiques.

VU : BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU : *Le Doyen :*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILEY (K.-V.). — Pathology of cervicitis and relation between cervitis and cervical cancer. *Surg. Gymn. obst.*; t. 50; avril 1930; p. 513-532.
- BASTIEN (M.-G.). — Diathermie et Filhos dans le traitement de la Métrite blennorrhagique. Thèse de Paris, 1928.
- BOUILLY. — Traitement de l'endocervicite chronique. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1893; p. 112.
- BRINDEAU (A.). — Sténose et atrophie après cautérisation. *Bull. Soc. obst. et gynéc.*; t. 15, nov. 1926, p. 555-557.
- BURNS (J.-W.). — A note on chronic endocervicitis, the end-results of operation. *Lancet*, London 1925, t. 2, p. 806.
- CAMELOT. — Atrésie du col utérin consécutive à la cautérisation par le Filhos Hématométrie. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 14 avril 1927, p. 108.
- CHALIER (A.). — Traitement ambulatoire des Métrites chroniques par le caustique de Filhos. *Gynéc. et Obst.*, t. 24, nov. 1931, p. 626-628.
- CHOPOVA (S.). — Contribution à l'étude du traitement de la Métrite chronique du col par le caustique de Filhos. Thèse de Nancy, 1903-1904.
- CORDIER (S.). — Contribution à l'étude du traitement de la Métrite cervicale inflammatoire et chronique par le Filhos. Thèse de Paris, 1925.
- Métrite cervicale inflammatoire chronique par le caustique de Filhos. *Bull. gén. de thérap.*, 1926, p. 89.

- COUVELAIRE. — Résultats obstétricaux du traitement des Métrites cervicales chroniques par les affections de Filhos. — *La Médecine*, avril 1925.
- DOUAY (E.). — Métrite du col (endocervicite). *Gynéc. et Obst.*, t. 4, 1921.
- DUBREUILH (E.). — Traitement médical des Métrites cervicales. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 oct. 1927, p. 725-730.
- DUPONT. — Etude anatomique de deux cols traités au Filhos. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, séance du 12 mai 1924.
- FABRE. — Le traitement de la Métrite chronique du col utérin par le caustique de Filhos. *Journal de Médecine*, 25 août 1922.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY (A.). — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.
- FILHOS. — Affections du col de l'utérus.
— De la cautérisation du col de l'utérus. Paris, 1849.
- FOIX. — Traitement des Métrites par le Néofilhos. *Gazette médicale du Centre*, Tours, 1924, p. 392.
- FORGUE et MASSABUAU. — Nouveau traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet, t. XLIII, gynécologie.
- GUILLEMIN. — Traitement des Métrites cervicales chroniques par les cautérisations au caustique de Filhos. Thèse de Paris, 1919-1920.
— Résultats du traitement des Métrites cervicales catarrhales chroniques par les cautérisations intracervicales au caustique de Filhos. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, séance du 12 mai 1924.
- GONNET et MICHON. — Dystocie causée par la rétraction cicatriciel du col après son amputation. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, t. 21, févr. 1932, p. 135.
- HARTMANN. — *Gynécologie opératoire*, p. 173.
- KLEIN (E.). — Contribution au traitement de l'endocervicite chronique par la pâte escharotique de Filhos. Thèse de Paris, 1929.
- LANGSTROTH. — The treatment of infections of the uterus and cervix. *Medical record*, 1919, p. 1.086.

- MACRON. — Du caustique de Filhos dans les cervicites chroniques invétérées. Thèse de Paris, 1903-1904.
- MATHIEU et LAFLOTTE. — Oblitération cicatricielle d'un cul-de-sac vaginal à la suite de l'emploi du caustique de Filhos. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Nancy*. Séance du 17 mai 1922.
- MATTHEWS. — A study of chronic endocervicitis. *Surg. Gynec. and obst.* Mars 1921; p. 249.
- MONTEL. — Cervicite chronique et cancer du col. Traitement local de la cervicite chronique. Thèse de Lyon, 1928.
- MUZARD (H.-A.). — Des cautérisations du col de l'utérus avec le caustique de Filhos dans leurs rapports avec la gestation et l'accouchement. Thèse de Paris, 1925.
- PAUCOT. — Traitement des Métrites par le caustique de Filhos. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 1925; p. 56.
- PERDRIZET (R.). — Des amputations du col de l'utérus et de leurs indications en dehors du cancer. Thèse de Paris, 1893-1894.
- PETIT (P.). — Cure radicale de la Cervicite. Procédé de Pouëy. *Presse médicale*, 24 mai 1901.
- PETIT. — Métrites du col et Néo-Filhos. *Arch. méd. chir. de Provence*, 1924; p. 353.
- POULIOT (L.). — Le Filhos inoffensif (précisions de technique d'après 1.500 observations). *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1929; p. 420.
- Traitement ambulatoire des Métrites chroniques du col par le Filhos inoffensif. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*. Séance du 1^{er} juin 1931.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, t. 1.
- RADOULOVITCH (G.). — L'évidement conoïde du col de l'utérus par le procédé américain de Sturmdorf (contribution au traitement chirurgical de l'endocervicite chronique). Thèse de Paris, 1921.
- RICHELOT. — Traitement de la Métrite cervicale. *La Gynécologie*, 1901, t. 5, p. 481.
- ROCHARD. — *La chirurgie française au XIV^e siècle*, p. 623.

- USANDIZAGA (M.). — Sturmdorf technic in surgical therapy of cervicitis. *Rev. espan. de obst. y gynec.*, 24 nov. 1929, p. 700-709.
- VAUVERTZ. — Métrites chroniques et Filhos. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynec.*, 1924; p. 634.
- VERMELIN. — Lenteur de dilatation consécutive à l'emploi du caustique de Filhos. *Bull. Soc. Obst. et Gynec. de Paris*, 1926; p. 512.
- VILLARD (E.) et MONTEL (G.). — Cervicite chronique et cancer. Etat précancéreux du col utérin. *Gynec. et Obst.*, t. 20, juillet 1929; p. 9-27.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	11
Chapitre I.— Etude des Métrites cervicales.....	13
Chapitre II.— Traitement des Métrites cervicales chroni- ques par la méthode des Cautérisations au Caustique de Filhos.....	23
Contre-indications du Traitement par le Caustique de Filhos	33
Chapitre III.— Traitement des Métrites cervicales chroni- ques par l'Amputation du Col.....	35
Chapitre IV.— Observations et Etude des avantages com- parés du Traitement par le « Filhos » et du Traitement par l'Amputation du Col.....	43
Avantages comparés du Traitement par le « Filhos » et du Traitement par l'Amputa- tion	59
Conclusions	63
Bibliographie	65

